

# De grenzen van de Wet BOPZ bij GHB-verslaving

Marian Bulinga, Ernst Franzek en Boukje Dijkstra \*

## Inleiding

Gammahydroxyboterzuur ofwel GHB bevordert sociale interactie, seksuele gevoelens en dempt angsten, maar heeft een hoge verslaven-de potentie met veelal ernstige intoxicaties en onthoudingstoestanden (De Jong e.a., 2012). GHB-gebruikers doen een fors beroep op allerlei hulpdiensten en komen geregeld terecht op de intensive care van ziekenhuizen door levensgevaarlijke overdoseringen. In Nederland neemt het aantal opnamen binnen de verslavingszorg toe. Daarnaast zien we een toename van het aantal gedwongen opnamen op een BOPZ-afdeling (Nijman, 2011).

De Wet BOPZ is primair bedoeld als opnamewet, om gevaar weg te nemen dat voortvloeit uit een geestesstoornis. In de verslavingszorg ontkom je er echter niet aan bij opname een behandeling te starten. Detoxificatie is immers als medische behandeling een onderdeel van de gesloten opname. Je kunt op een (gesloten) klinische afdeling het gebruik van illegale drugs niet toestaan en voor veel middelen is een onderhoudsbehandeling niet voorhanden. De detoxificatie van GHB is inmiddels een beproefde methode binnen de verslavingszorg (Jong e.a., 2012). Maar wat te doen als de GHB-verslaafde niet wil stoppen? Als behandelaar krijg je de verantwoordelijkheid over een gedwongen opgenomen patiënt die niets wil, zich tegen alle regels verzet, en fysiek en verbaal agressief reageert op elke poging om de veiligheid voor medepatiënten en medewerkers te waarborgen. Het binnensmokkelen van GHB brengt tevens de veiligheid op de afdeling acuut in gevaar. Hoe langer de opname duurt, des te onveilig(er) wordt de situatie. Het

\* Drs. M.I. Bulinga is behandelcoördinator van de gesloten afdeling DD van Novadic-Kentron te Vught. E-mail: marian.bulinga@novadic-kentron.nl.  
Dr. E.J. Franzek is eerste geneeskundige bij Novadic-Kentron te Vught.  
Dr. B.A.G. Dijkstra is postdoc-onderzoeker bij Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction te Nijmegen.

gevaar binnen de afdeling kan soms niet anders worden afgewend, dan door separatie of langdurige afzondering. Als behandelaar kom je daarbij steeds meer in een groot dilemma terecht. Zowel binnen de afdeling als buiten de kliniek bestaat er gevaar en is er geen uitzicht op verbetering; de problemen nemen zelfs toe.

In deze bijdrage beschrijven we een patiënt met een GHB-verslaving die gedwongen opgenomen wordt, aangezien het gevaar ambulant niet meer af te wenden is.

### **Diagnostiek en behandeling**

Ronald (35) is sinds 2003 bekend bij de verslavingszorg. De hoofddiagnosen zijn GHB-afhankelijkheid en een persoonlijkheidsstoornis NAO (met cluster-B- en cluster-C-kenmerken). Ronald benoemt de voordelen van GHB als volgt: angsten verdwijnen, het zelfvertrouwen neemt toe en hij kan met het middel affectie voelen en tonen naar zijn partner. Geen ander middel heeft voor hem dergelijke positieve effecten.

Behandelingen hebben tot nu toe alle op vrijwillige basis plaatsgevonden. Het gevaar neemt echter toe door de toename van intoxicaties en onthoudingsklachten - Ronald komt meermalen terecht op een SEH - en de dreiging van maatschappelijke teloorgang (zoals verlies van zijn eenmansbedrijf). Ook is er gevaar voor anderen, omdat hij onder invloed al twee ongelukken heeft veroorzaakt.

In 2013 komt op Ronalds initiatief een voorwaardelijke rechterlijke machtiging (RM) tot stand. De behandelvoorwaarden zijn: onder controle houden van het gebruik, zich houden aan afspraken met behandelaren en niet rijden onder invloed. Al snel leidt de situatie tot een gedwongen opname, waarbij de voorwaardelijke RM wordt omgezet in een voorlopige RM. Ronald wordt opgenomen voor een detoxificatieperiode van zes weken op een gesloten afdeling. Dit is de minimale periode die de instelling, gebaseerd op praktijkervaring, hanteert voor een GHB-detoxificatie. Na zes weken lijkt de afhankelijkheid voldoende doorbroken en kan Ronald nuchter en 'wilsbekwaam' kiezen voor een gedragsverandering. Voor een langer vrijwillig behandeltraject is hij niet te motiveren. Hij wil zo spoedig mogelijk weer aan het werk. Er volgt een ontslag onder voorwaarden, in het kader van de lopende voorlopige RM. Ronald valt echter onmiddellijk terug in gebruik en het gevaar voor hemzelf en de omgeving neemt zo snel toe, dat opnieuw een gedwongen opname noodzakelijk is. Het ontslag onder voorwaarden wordt weer ingetrokken.

De zucht naar GHB is enorm groot en vanuit de persoonlijkheidsdynamiek ontstaan voortdurend conflicten op de afdeling, omtrent het

‘ontnemen’ van vrijheid en de beperking van rechten (inname telefoon en internetaccount). Ronald probeert telkens GHB binnen te smokkelen en te verhandelen. Vlak voor het geplande tweede ontslag onder voorwaarden gebruikt hij weer fors op de afdeling en het ontslag gaat niet door. In het volgende traject wordt er steeds meer ‘beveiliging’ toegepast om de veiligheid voor Ronald zelf, medepatiënten en medewerkers te waarborgen. Er volgen verschillende pogingen tot ontslag, maar bij het toekennen van ongeleide verlofmomenten ter voorbereiding op een ontslag onder voorwaarden, volgt altijd gebruik en daaraan gerelateerde gevaren. Daarbij speelt zucht een rol, maar Ronald geeft ook toe dat de beperkingen van de opname hem triggeren tot het saboteren van de regels. Hij vormt door zijn GHB-verslaving en comorbide persoonlijkheidsstoornis zowel een gevaar binnen als buiten de kliniek. Een noodzakelijke verlenging van de lopende machtiging wordt door Ronald ervaren als een verder verlies van zijn autonomie en hij komt nog meer in opstand.

Uiteindelijk staat Ronald open voor psychotherapeutische gesprekken en psycho-educatie en staakt hij deels het verzet. De samenwerking wordt beter. In de gesprekken kan hij duidelijk maken dat abstinentie voor hem niet haalbaar is. Hij wil GHB gebruiken en ‘verlangt’ naar de positieve effecten van het middel. Overwogen wordt om de voorlopige machtiging nog tijdens opname om te zetten in een voorwaardelijke machtiging, en Ronald voor ontslag eerst over te plaatsen naar een open afdeling. (Dit blijkt uiteindelijk logistiek niet haalbaar.)

In overleg met Ronald worden de voorwaarden voor RM verruimd en vervolgonpnamen worden beperkt tot crisisinterventies. Ronald wordt tweemaal kort opgenomen, alleen om het gebruik terug te brengen naar de ‘eerder gebruikelijke dosis’. Om de gevolgen voor het afdelingsklimaat binnen de perken te houden, wordt vooraf overeengekomen dat Ronald gebruik zal maken van een gesloten kamerprogramma en een beperking van rechten (inname telefoon en internetaccount). Er is nog steeds geen veranderingswens ten aanzien van het GHB-gebruik.

### **Tot besluit**

Door het afgeven van een voorlopige RM kunnen behandelaars in een ethisch en juridisch dilemma terechtkomen, doordat het gevaar zich zowel buiten de kliniek als binnen de kliniek voordoet. De lopende behandeltrajecten en behandelrelaties raken hierdoor vaak ernstig verstoord.

Tijdens een niet-vrijwillige opname in het kader van een BOPZ-maatregel is het risico op conflicten zeer groot, vooral bij patiënten met

ernstige comorbide persoonlijkheidspathologie. Bij gebruik van GHB lijkt dit gedrag binnen klinische afdelingen nog prominenter, dan bij gebruik van de andere bekende verslavende middelen. In vergelijking met andere middelen is bij GHB een langere tijd van abstinentie nodig, om onthoudingsverschijnselen en zucht na detoxificatie te kunnen bestrijden. Beperking van de vrijheid levert in die gevallen steeds ernstiger conflicten op en leidt tot ongewenst en gevaarlijk gedrag op de afdeling. Een detoxificatietraject gaat daarom vaak gepaard met beperkingen in rechten en bewegingsvrijheid, die het dilemma alleen maar vergroten. De behandelaars zitten als het ware klem. Men kan zich afvragen of een langdurige BOPZ-maatregel bij dergelijke chronische problematiek geen belemmering vormt voor de behandeling en of het daarom niet beter is dit te vermijden. De strijd dient immers geleverd worden tussen patiënt en zijn verslaving en niet tussen patiënt en behandelaar.

### Literatuur

- Jong, C.A.J. de, Kamal, R., Dijkstra, B.A.G. & Haan, H.A. de (2012). Gamma-hydroxybutyrate detoxification by titration and tapering. *European Addiction Research*, 18, 40-45.
- Nijman, S. (2011). *Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.